

Anmeldung und Zulassung zur fachärztlichen Prüfung



bei Ihrer Landesärztekammer

Anmeldung und Zulassung erfolgt bei der Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren.

Sonderfach: _____

Prüfungstermin: _____

Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung zur Prüfung
 Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

ÖÄK Arztnummer: _____ Anrede: Frau Herr neutral

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Str./Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail: _____

FAP Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:

Abschluss Studium der Zahnmedizin, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

Ausbildung nach Ärzteausbildungsordnung 2006 2015

Ich versichere, die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Einwilligungen: (nicht zutreffende Punkte bitte streichen)

Meine Einwilligung kann ich jederzeit unter akademie@arztakademie.at oder unter Akademie der Ärzte GmbH, Walcherstraße 11/23, 1020 Wien widerrufen.

Ich willige ein, dass mit Ausnahme vom Postversand des Prüfungszertifikats sämtliche Korrespondenz (inkl. der Mitteilung über ein ggf. negatives Prüfungsergebnis) an die o.a. Email-Adresse erfolgt.

Ich willige ein, dass die von mir oben angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke des Angebots von medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildungen/Informationen durch die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH verarbeitet bzw. zu diesem Zwecke an wissenschaftliche Gesellschaften z.B. für Kongressinformationen weitergegeben werden können.

Wenn gewünscht, ankreuzen:

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten zu Werbezwecken (Einladung zu Veranstaltungen, ...) an den Sponsoringpartner „Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG“ nach erfolgreicher Prüfung weitergegeben und bis auf Widerruf weiterverarbeitet werden.

Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Zeitbestätigung* zur Zulassung zur Prüfung

Bitte dieses Formular jeweils für das entsprechende Fach ausdrucken.

Prüfung nach ÄAO 2006:

Hauptfach
Pflichtnebenfach
Wahlnebenfach

Prüfung nach ÄAO 2015:

Basisausbildung
Sonderfach-Grundausbildung
Sonderfach-Schwerpunktausbildung

Prüfung Allgemeinmedizin:

Fachgebiet
Wahlfach

Es wird bestätigt, dass die Kandidatin/der Kandidat zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell in der unten genannten Ausbildungsstätte tätig ist.

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenhaus	Lehrambulatorium	Lehr(gruppen)praxis

in Ausbildung auf einer genehmigten Ausbildungsstelle		
von _____	bis	_____
von _____	bis	_____
von _____	bis	_____

Mutterschutz- und Karenzzeiten	von _____	bis
	von _____	bis

Datum

Unterschrift und Stempel
des Ausbildungsverantwortlichen** bzw. der Ausbildungsstätte

* Diese Zeitbestätigung dient ausschließlich als Nachweis für die Zulassung zur Prüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an der die Kandidatin/der Kandidat zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Zulassung aktuell tätig ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz und nur für Zeiten ohne Rasterzeugnis auszufüllen.

** Leiter:in der Abteilung der Krankenanstalt oder Lehr(gruppen)praxisinhaber:in